

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

538

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François, Isidore, Pierre MORVAN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne du Centre Hospitalier de Constantine

Né le 28 Février 1928, à SAINT-SEGAL (Finistère)

Présentée et soutenue publiquement le

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LES DIFFÉRENTES THÉRAPEUTIQUES
PROPOSÉES DANS LA RECTO-COLITE
HEMORRAGIQUE

(A propos d'une observation)

Président : Monsieur SICARD (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI°

1962

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1962

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

François, Isidore, Pierre MORVAN

Né le 28 Février 1928 à SAINT-SEGAL (Finistère)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Interne du Centre Hospitalier de Constantine

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

QUELQUES CONSIDERATIONS SUR LES DIFFERENTES
THERAPEUTIQUES PROPOSEES DANS LA

RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE

(A propos d'une observation)

--:--

Président : Monsieur SICARD (Professeur)

--

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1962



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D), QUENU (J), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR Jean VERNE
2e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I - PROFESSEURS

1°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	(JAYLE (M.F) SCHAPIRA (G)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P)

MM.

Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique gé- nérales	BOUDIN (G)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	{ BINET (L)
	{ BARGETON (D)
Physiologie et pathologie obste- tricale	LEPAGE (F)
Physique médicale	{ DOGNON (A)
	{ DJOURNO (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et Chirur- gie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M)

b) Professeurs à titre personnel:

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P)
	{ POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Embryologie	TUCHMANN (H)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M)
Parasitologie	BRUMPT (L.C)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J)
Physiologie	PARROT (J)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirur- gicale (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L)
(Cochin	LEGER (L)
Cliniques chi- (Hôtel-Dieu	PATEL (J)
rurgicales (Pitié	CORDIER (G)
(Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	SICARD (A)
(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédi- que et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire (Broussais)	F. de GAUDART d'ALLAINES

MM.

Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)
(Boucicaut	LENEGRE (J)
(Broussais	SOULIE (P)
(Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médi- (Cochin	BROUET (G)
cales (Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
(Lariboisière	SEZE (S.de)
(Pitié	DREYFUS (G)
(Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L.de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)
Cliniques obs- (Baudelocque	LACOMME (M)
tétricales (Foch (Suresnes)	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J)

MM.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngolo- gique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent- de-Paul)	LELONG (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Maladés)	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie mé- dicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirur- gicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P)
Séméiologie médicale	DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirur- gicales	POILLEUX (F)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la pre- mière enfance (Trousseau)	TURPIN (R)

b) Professeurs à titre personnel :

	(BOUR (H)
Médecine	(LHERMITTE (F)
	(PEQUIGNOT (H)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

	(CABROL (C)
Anatomie	(GOUINAUD (C)
	(GILLOT (C)
	(OLIVIER (G)
	(GAUTHIER-VILLARS (Mlle P
	pr.s.ch.
Anatomie pathologique	(ABELANET (R)
	(BUSSE (F)

MM.

Anatomie pathologique	(	CHOMETTE (G)
	(	GOUYGOU (Ch)m.conf.
	(	NEZELOFF (Ch.)
	(	ORCEL (L)
	(	PAILLAS (J)
Anesthésiologie	(	KERN (E.)
	(	VOURC'H (G)
	(	BARBIER (P)
Bactériologie	(	CHRISTOL (D)
	(	Le MINOR (L)
	(	TOURNIER (P)
	(	BAULIEU Et.m.conf.
	(	BOURILLON (R)
	(	CARTIER (P)
Biochimie médicale	(	DREYFUS (J.Cl.)
	(	GONNARD (P)
	(	KRUH (J)
	(	JEROME (H)
Biologie appliquée à l'Educa- tion Physique et aux Sports		PLAS (F)
	(	BOIRON (M)
	(	DENOIX (P)
Carcinologie	(	MATHE (G)
	(	SELIGMANN (M)
	(	CIVATTE (J)
Dermato-Syphiligraphie	(	DUPERRAT (B)
Electro-Radiologie	(	LEDOUX-LEBARD (G)
	(	BESSIS (M)
	(	BILSKI-PASQUIER (G)
Hématologie	(	DAUSSET (J)
	(	DUHAMEL (G)
	(	COUJARD (R)pr.s.ch.
Histologie	(	MAROIS (M)
	(	RACADOT (J)
	(	BESANCON (F)
Hydrologie	(	CORNET (A)
	(	BOYER (J)pr.s.ch.
	(	BLANCHER (G)
Hygiène	(	CORRE-HURST (Mme L)
	(	SAPIN-JALOUSTRE (H)
	(	BASTIN (R)
Maladies infectieuses	(	DUPONT (V)

MM.

	(DEROBERT (L) pr.s.ch.
	(FOURNIER (E)
Médecine légale	(GUENIOT (M)
	(HADENGUE (A)
Médecine du travail	(ALBAHARY (C)
Neuro-Chirurgie	(PERTUISET (B)
	(GRANJON (A)
	(HERVET (E)
	(Le LORIER (G)
	(LEVY (J)
Obstétrique	(MORIN (P)
	(MUSSET (R)
	(ROBEY (M)
	(SENEZE (J)
	(SUREAU (C)
	(THOYER-ROZAT (J)
	(BREGEAT (P)
Ophtalmologie	(DUBOIS (A)
	(SARAUX (H)
	(JUDET (R)
Orthopédie	(MEARY (R)
	(POSTEL (M)
	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-Laryngologie	(DEBAIN (J)
	(PIALOUX (P)
Parasitologie	(GOLVAN (Y)
	(LAPIERRE (J)
	(BARCAT (J)
	(BINET (J.P)
	(CAUCHOIX (J)
	(CERBONNET (G)
	(CHATELIN (C.L)
	(DUBOST (Ch.)
Pathologie chirurgicale	(DUBOST (Cl.)
	(FAUREL (J)
	(FLABEAU (F)
	(GARBAY (M)
	(GARNIER (H)
	(Cl.de) GAUDART-d'ALLAINES
	(GERMAIN (A)
	(LATASTE (J)
	(LEVEQUE (B)
	(LOYGUE (J)
	(MERCADIER (M)

	MM.
Pathologie chirurgicale	(NATALI (J)
	(PELLERIN (D)
	(PERROTIN (J)
	(ROBERT (H)
Pathologie exotique	(THOMERET (G)
	(SCHNEIDER (J)
	(BENHAMOU (J.P)
	(BERTHAUX (P)
	(BOIVIN (P)
Pathologie expérimentale	(CROSNIER (J)
	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)
	(MIKOL (Cl)
	(RICHTT (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y)
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
	(BUGE (A)
	(CATINAT (J)
	(CHRETIEN (J)
	(COBLENTZ (B)
	(CONTAMIN (F)
Pathologie médicale	(CORY (C)
	(ETIENNE (J.P)
	(FREZAL (J)
	(FRITEL (D)
	(HENNEQUET (A)
	(HIMBERT (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHE (Cl)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(MOREAU (L)
	(NICK(J)
	(ROYER (P)
	(TOURNEUR (R)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
Pédiatrie-Puériculture	(LAFOURCADE (J)
	(LEPERCQ (G)
	(MANDE (R)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	{ MOZZICONACCI (P)
	{ POLONOVSKI (C)
	{ ROSSIER (A)
	{ VIALATTE (J)
Pharmacologie	{ BOISSIER (J)
	{ LECHAT (P)
	{ BARRES (G)
	{ DEJOURS (P)
Physiologie	{ DURAND (J)
	{ GIRARD m.conf.
	{ HUGELIN (A)
	{ SCHERRER (J)
	{ CHANTEUR (J)
	{ GOUGEROT (L)m.conf.
	pr.s.ch.
Physique médicale	{ GREMY (F.)m.conf.
	{ MILHAUD (G)
	{ PELLERIN (P)
	{ ROUCAYROL (J.Cl)
	{ TUBIANA (M) m.conf.
	{ KRUIS (B)
Pneumo phtisiologie	{ MEYER (A)
	{ RENAULT (P)
Psychiatrie	{ PICHOT (P)
	{ DENIKER (P)
Psychiatrie infantile	{ DUCHE (D)
	{ FLAVIGNY (H)
	{ LAPRESLE (J)
Rhumatologie	{ DELBARRE (F)
	{ CERNEA (P)
Stomatologie	{ CHAPUT (Mme A.)m.c.agr
	{ GRELIET (M)
	{ CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	{ LAMOTTE (M)
	{ MARCHE (J)
	{ AUVERT (J)
Urologie	{ MOULONGUET (A)
	{ QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J)

	MM.
Clinique chirurgicale	{ ABOULKER (P) AMELINE (A) pr.s.ch. VERNE (J.M)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M) RAMBERT (P) THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J) MAYER (M)
Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P) OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngolo- gique	MADURO (R)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bi- bliothèque	M.le Docteur HAHN (A)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateur	
	Mlle DUMAITRE (P)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J), FORGET (F) Mlles LAURENT (H), Le NOIR (G) QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 decembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les disser-
tations qui lui seront présentées, doivent être considé-
rées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend
leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Mère,

A mon Père,

A tous les Miens

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur A. SICARD,

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui a bien voulu accepter la
présidence de cette thèse,

En témoignage de notre profond
respect et de notre reconnaissance.

Au Docteur Henri GOZLAND,

Au Docteur Lucien GOZLAND,

Qui nous ont accueilli dans
leur service,

En témoignage de reconnaissance.

QUELQUES CONSIDERATIONS SUR LES DIFFERENTES
THERAPEUTIQUES PROPOSEES DANS LA
RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE
(A propos d'une observation)

--:-

AVANT-PROPOS

-:-

En 1935, BENSAUDE (R.) et RACHET (J.), lors du Congrès de Plombières donnèrent la définition de la rectocolite hémorragique comme étant une "maladie grave frappant le côlon en partie ou en totalité, prédominant toujours à sa terminaison, se traduisant le plus souvent par un syndrome dysentérique d'allure aiguë, évoluant par poussées et d'étiologie encore inconnue".

Tous les termes de cette définition sont encore vrais à l'heure actuelle, et les Congrès de Bruxelles en 1950, de Londres en 1956, s'ils ont permis des précisions quant à l'anatomo-pathologie et au traitement de la maladie n'ont rien apporté de nouveau et notamment en matière d'étiologie, la nature exacte de cette maladie restant encore inconnue.

Mais si la plupart des auteurs s'accordent pour définir cette affection, la question de la thérapeutique à envisager demeure l'un des points les plus discutés et les plus controversés de la pathologie digestive.

Ces traitements sont multiples et nous n'avons pas ici la prétention de les énumérer tous, d'autant plus que la possibilité fréquente de surinfections et d'ulcérations complique très souvent l'évolution de la ma-

ladie et amène pour chaque cas particulier ainsi créé une thérapeutique appropriée.

Certaines de ces thérapeutiques sont même très complexes et apparaissent originales quant à leur principe. Mais le pronostic de la recto-colite hémorragique est tellement décevant que tout ce qui peut apporter quelque résultat fondé doit logiquement être tenté.

Aussi à propos d'un cas de recto-colite hémorragique traité à Tours en 1958 par électro-coagulation pré-frontale, il nous a paru intéressant de rapporter ici les différentes possibilités thérapeutiques offertes aux médecins actuellement.

Nous envisagerons tout d'abord les traitements proposés aux recto-colites hémorragiques classiques, avant d'aborder les "solutions extrêmes" préconisées pour les affections suraiguës ou aiguës résistantes et celles offertes pour les formes chroniques graves invétérées.

CHAPITRE I

-:-

UNE OBSERVATION RELATANT UNE THERAPEUTIQUE PAR " SOLUTION EXTREME"

-:-

Cette observation relate un cas de recto-colite hémorragique arrivé à un stade de telle gravité que même la colectomie n'était plus possible. Des infiltrations de procaïne, puis une électro-coagulation préfrontale permirent d'enrayer une évolution qui paraissait devoir être fatale et d'obtenir une régression de la poussée de recto-colite avec un retour apparent à la santé.

Une reprise évolutive de la maladie se produisit 13 mois plus tard. Une colectomie qui aurait été alors pratiquée dans de bonnes conditions pouvait se trouver justifiée mais fut refusée par la malade dont l'affection évolua rapidement vers la mort.

Il s'agit de :

Mademoiselle Marguerite B..., 37 ans, qui entre au Centre Hospitalier R. Bretonneau de Tours le 22 septembre 1958 pour une recto-colite hémorragique.

La première poussée de la maladie remonte à 1947, poussée déjà sévère, qui dure de février à septembre avec émission de glaires et de sang et un nombre de selles qui atteint quinze par jour.

Jusqu'en septembre 1956, Mademoiselle B... se porte bien. Mais, en septembre 1956, une nouvelle poussée apparaît et se prolonge pendant plus d'un an.

En août 1957, une rectoscopie est pratiquée pour la première fois et montre, nous dit-elle, un aspect typique de recto-colite hémorragique. On fait également un examen de selles : on ne trouve pas de parasites.

Une certaine accalmie a lieu dans les derniers mois de 1957, Mais dès janvier 1958, les selles redeviennent plus fréquentes et hémorragiques et la malade subit une cure d'émétine qui semble stopper l'évolution.

En mai 1958, les troubles reprennent et en juin la malade hospitalisée à Bordeaux dans le service du Professeur DUBARRY subit une nouvelle rectoscopie et un examen radiologique qui confirment le diagnostic.

Un traitement cortisonique local et général est mis en oeuvre ; selon la malade, il semble aggraver son état.

Des tests cutanés à la recherche d'une allergie s'avèrent négatifs. Le Professeur

DUBARRY conseille une colectomie en deux temps.

Cette intervention est refusée par la malade.

Après une certaine atténuation des troubles, ceux-ci s'accroissent à nouveau dans le courant du mois d'août et Mademoiselle B... est dans un état grave le 22 septembre à son entrée dans le service.

Elle a chaque jour douze à quinze selles diarrhéiques, nauséabondes, glaireuses, assez souvent hémorragiques. Elle ne pèse que 35 kg, présente une anémie avec 2.640.000 hématies et 50 pour cent d'hémoglobine une hypoprotéïnémie avec hyposérimie ; protides : 59 g,
 $\frac{\text{albumines}}{\text{globulines}} = 0,58.$

La température oscille entre 37° et 38°5.

La rectoscopie (Professeur agrégé BERTRAND) montre une muqueuse rouge vif, d'aspect chagriné, avec de nombreuses fausses membranes grisâtres. Le lavement baryté, révèle que les lésions caractéristiques intéressent tout le côlon avec disparition de la segmentation haustrale, aspect tubulaire et calibre rétréci, contours déchiquetés.

La malade qui vient de subir une cure de Salazopyrine est mise à un traitement de Néomycine, de vitamines, d'extrait hépatique et elle reçoit une transfusion sanguine tous les 3 jours.

Devant l'échec des médications, la gra-

tivité de l'état de la malade qui a refusé à Bordeaux l'iléostomie et ne pèse plus maintenant que 35 kg, nous demandons au Professeur GOUAZE de pratiquer une électro-coagulation préfrontale. Le Professeur GOUAZE préfère une infiltration préfrontale qu'il pratique le 10 Octobre.

Dès le 12 octobre, une amélioration très nette de l'état intestinal se manifeste ; ce jour-là, la malade n'a que 6 selles et les jours suivants 4 selles. Elles sont très molles mais ne contiennent plus ni glaires, ni sang.

Le 18 octobre, la température commence à baisser progressivement et à partir du 22 octobre, elle ne dépasse plus 38°. Le 24 octobre, le Professeur agrégé BERTRAND constate à la rectoscopie une amélioration considérable des lésions. Il n'y a plus de fausses membranes et la muqueuse d'aspect granité ne présente plus l'aspect sanguinolent constaté antérieurement. Le 26 octobre, la malade a repris 3 kilogrammes.

Cependant, la semaine suivante les selles redeviennent plus abondantes et plus liquides. Le taux de la sérinémie a encore baissé : 25 pour cent des protides totaux le 28 octobre.

Aussi le Professeur GOUAZE pratique une nouvelle infiltration préfrontale le 6 novembre. Mais cette seconde intervention n'est suivie d'aucune amélioration. Le nombre des selles augmente jusqu'à 8 à 10 par jour. Le sang et les glaires réapparaissent.

Enfin, le professeur GOUAZE pratique le 11 décembre une électro-coagulation préfrontale. Cette intervention est suivie de divers incidents :

- deux crises convulsives, le lendemain de l'intervention avec hyperthermie à 39°5 et état stuporeux qui régresse rapidement par quelques injections de sulfate de magnésie ;
- une incontinence sphinctérienne qui persiste une huitaine de jours ;
- une phlébite du membre inférieur droit apparue le 14 décembre.

Le 19 décembre, la température remonte à 39°5. L'oedème du membre est énorme, les douleurs vives, malgré les infiltrations lombaires pratiquées les jours précédents.

On a donc recours à l'héparine non sans hésitation chez cette malade qui peu de temps auparavant avait des hémorragies intestinales. La température baisse alors régulièrement, mais l'apparition du sang dans les selles le 26 décembre fait suspendre les injections d'héparine.

L'évolution de cette phlébite sera très longue, mais l'oedème finira par disparaître en 4 à 5 mois et aucune séquelle ne subsistera.

Par ailleurs, le nombre des selles diminue rapidement, à 5 ou 6 par jour. Elles sont moins liquides, ne contiennent ni sang, ni glaires.

Quand Mademoiselle Marguerite B... quitte le service, le 28 avril 1959, elle est en excellent état.

Elle a 3 selles par jour, bien moulées. Une rectoscopie pratiquée par le Professeur

agréé BERTRAND montre que l'aspect de la muqueuse rectale s'est complètement transformé :

le piqueté hémorragique a presque disparu.

Sa température est normale. Elle pèse 53 kilogrammes, le 11 mars le taux des protides est remonté à 67 pour cent. La numération globulaire du 14 avril compte 3.920.000 hématies, 6400 leucocytes et 80 pour cent d'hémoglobine.

Cependant, le 17 mai, Mademoiselle B... doit à nouveau se faire hospitaliser.

En effet, si elle a encore repris 2 kilogrammes, les selles sont à nouveau plus fréquentes et parfois renferment du sang. Le nombre des hématies est tombé à 2.220.000. Le traitement médical avec les désinfectants intestinaux et les transfusions sanguines est repris pendant plusieurs mois. L'état de la malade devient très satisfaisant et quand elle quitte le service le 30 août 1959, elle n'a plus qu'une ou deux selles par 24 heures, pèse 63,5 kilogrammes ayant donc pris 28,5 kilogrammes depuis son entrée. L'anémie est complètement réparée : 4.920.000 hématies et 100 pour cent d'hémoglobine.

Le 4 novembre les règles réapparaissent, Mademoiselle B... ne les avait pas eues depuis vingt-deux mois.

Bien que l'état général reste excellent, on craint cependant que la guérison ne soit pas complète.

En effet, elle n'a qu'une ou deux selles par jour, mais elles sont souvent un peu

molles et surtout, de temps en temps elles contiennent un peu de sang, en particulier, dit-elle, après une émotion ou une fatigue.

Par contre, pendant des déplacements qu'elle effectue en Bretagne et en Charente, elles sont normales.

En septembre 1960, Mademoiselle B... tente une épreuve qui la préoccupe beaucoup: elle se présente à l'examen du permis de conduire et elle échoue.

Le 22 Septembre, une nouvelle poussée importante de recto-colite hémorragique se produit : température à 39° 5, une diarrhée noire et fétide apparaît et bientôt le nombre des selles s'élève à douze ou treize par vingt quatre heures.

La malade essaie de se soigner seule et ne se décide à consulter que le 12 Novembre devant une perte de quatre kilogrammes en dix jours.

Aussitôt, elle est hospitalisée ; cette nouvelle poussée apparaît avec fièvre à 38° 5, diarrhée abondante et contenant du sang.

Etant donné la poussée précédente enrayée par l'électrocoagulation préfrontale, une aggravation vers une évolution fatale est certaine. La colectomie paraît donc devoir être pratiquée rapidement, pour l'être sans trop de risques.

L'état de Mademoiselle B... est, en effet, encore satisfaisant. Son poids est de cinquante huit kilogrammes et demi, à son entrée à l'hôpital, mais elle perd deux kilos

en une semaine. La protidémie est à cinquante neuf grammes.

La numération globulaire est :

- globules rouges	3.760.000
- globules blancs	8.100
- polyneutro	63 p. 100
- hémoglobine	70 p. 100
- poly. éosino....	1 p. 100
- lymphocytes	35 p. 100
- monocytes	1 p. 100

Les examens locaux confirment la gravité de cette nouvelle poussée. Le lavement baryté du 16 Novembre montre un aspect rigide, rétréci et vermoulu de tout le colon jusqu'au caecum avec dilatation du grêle et rétraction de la jonction iléocaecale.

Le 18 Novembre, le Professeur Agrégé BERTRAND constate à la rectoscopie une muqueuse granitée, ulcérée et saignante. Il est convaincu de la nécessité de la colectomie.

Malheureusement, il s'avère impossible de persuader la malade que l'intervention chirurgicale est la seule solution possible et que, dans très peu de temps, son état redevenant tel qu'il était en 1958, il sera trop tard pour y avoir recours. Elle préfère, dit-elle, la mort à un anus artificiel et refuse formellement.

Elle quitte donc le service le 26 Novembre 1960 et devra mourir peu de temps après, le 16 Janvier 1961.

Ainsi apparaît très nettement le pronostic gravissime de telles affections, et le côté dramatique des dernières solutions thérapeutiques proposées.

Heureusement, beaucoup de recto-colites hémorragiques sont sensibles à des traitements moins choquants et avant d'en arriver là, tout doit être tenté pour essayer d'enrayer la maladie.

CHAPITRE II

-:-

TRAITEMENTS PROPOSES POUR LES FORMES CLASSIQUES

-:-

Les médecins, on le conçoit, conservent une certaine réticence devant une thérapeutique aussi " traumatisante " que celle préconisée dans l'observation précédente et s'accordent, en général, pour en limiter l'indication aux seules formes graves de la maladie.

A la recherche des critères de gravité, LAMBLING propose un test thérapeutique médical par l'institution d'un traitement d'épreuve strictement codifié. Mais, il faut garder de grandes réserves et souligner l'extrême difficulté de pronostic d'une affection aussi capricieuse dans son évolution et par conséquent au caractère discutable de l'indication opératoire de principe.

- Le traitement anti-infectieux a été préconisé.

a- Certes, pour la plupart des auteurs, il ne fait aucun doute qu'une théorie pu-

rement infectieuse de la maladie ne pourrait réunir pour elle, à l'heure actuelle, aucun argument convaincant. A moins qu'une brusque découverte ne vienne tout à coup établir le bien fondé d'une théorie virale (d'ailleurs déjà soutenue sans preuve décisive par GALLART-MONES) toutes les recherches bactériologiques tendant à démontrer la responsabilité de tel ou tel germe dans l'éclosion de la maladie ont abouti à un échec. Ce n'est pas le lieu, ici, de rappeler la plupart d'entre elles. La plus connue, vers les années 1930-1940, fut celle de BARGEN qui tendait à incriminer un diplostreptocoque particulier.

b- Mais, chacun s'accorde à reconnaître en la surinfection des recto-colites hémorragiques une importance primordiale.

Cette surinfection pouvant transformer le pronostic de la maladie et conditionner certaines poussées évolutives. Aussi, antibiotiques et sulfamides intestinaux peuvent donner d'excellents résultats, du moins du point de vue symptomatique, il faut se guider sur les cultures de selles et les antibiogrammes, mais surtout procurer d'emblée au malade une large protection.

Une sonde intestinale avec aspiration continue est mise en place pour tenter de diminuer la dilatation. Enfin, des bilans hydro-électrolytiques quotidiens guideront la réanimation intraveineuse.

Plutôt que l'utilisation d'antibiotiques au maniement assez difficile, puisque certains auteurs leur attribuent au contraire

un rôle dans l'étiopathogénie de la maladie.

NANA, SCHWARTZ et MORRISON accordent une place prépondérante aux sulfamides et notamment à la Salazopyrine.

Le premier disant avoir obtenu 85 pour cent de guérisons et l'autre 70 pour cent.

HILLEMANT, BENSAUDE, ROUX et EMERIT sont plus nuancés et n'avouent avoir observé de très bons résultats que sur des poussées qui étaient stoppées et avoir vu des rechutes apparaître sous traitement.

Les inconvénients possibles au cours des traitements prolongés par la Salazopyrine lui font préférer par certains les autres sulfamides intestinaux plus faciles à manier :

- sulfaguanidine : six à huit grammes par jour, en deux prises, dont la cure doit être prolongée plusieurs semaines.
- phtalsylfathiazol à dose de 4,50 grammes à 9 grammes en trois prises journalières.
- sulfasuccithiazol : à dose de six à quinze grammes par vingt quatre heures en six prises.

Après ces traitements anti-infectieux, deux éventualités sont possibles :

- la poussée s'arrête, si une guérison apparente survient, il faut savoir que cela peut être pure coïncidence avec la fin

de la poussée.

En tout cas, pendant de longs mois, le malade doit continuer les pansements intestinaux, prendre de petites doses de barbituriques, mener une vie calme, et il peut, dans certains cas, bénéficier d'une cure thermale dont la balnéation doit constituer l'essentiel (Châtel-Guyon ou Plombières) selon les tendances.

De même la psychothérapie, voire même une cure de narcose, peuvent avoir un effet favorable.

A la moindre rechute, il doit reprendre le traitement anti-infectieux.

Si la poussée ne s'arrête pas ; bien que toute complication locale, que tout déséquilibre métabolique restent absents, il faut alors renforcer le traitement et avoir recours à la

CORTICOTHERAPIE

Les résultats sont parfois excellents immédiatement.

Mais des échecs complets sont notés par tous les auteurs, et il est de nombreux cas où, malgré l'amélioration fonctionnelle et générale, les lésions endoscopiques restent inchangées.

L'A.C.T.H. a été utilisée.

La cortisone, à dose de cent à cent cinquante milligrammes par voie intra-muscu-

laire ou de quarante à soixante milligrammes per os, par jour.

L'hydrocortisone, per os, à la dose de quarante à soixante milligrammes ou sous forme de petits lavements à garder de cinquante milligrammes.

La deltacortisone, mieux tolérée, est prescrite à doses de quinze milligrammes, par vingt quatre heures, pendant quinze jours, de même que les sels d'hexadecadrol en lavement : cette dernière voie semble donner les meilleurs résultats.

Il faut cependant insister sur les accidents possibles de ces thérapeutiques et sur la fréquence des rechutes.

Les accidents possibles sont l'apparition :

- d'ulcérations aiguës gastro-duodénales, pouvant provoquer des hémorragies cataclysmiques ;
- de perforations coliques, parfois camouflées, indolores et évoluant sans contracture.

Ces accidents surviendraient dans six à huit pour cent des cas.

Plusieurs catastrophes ont pu être décrites . Il faut donc, semble-t-il, adopter la plus grande prudence vis-à-vis de la corticothérapie.

Les rechutes, enfin, sont fréquentes,

après arrêt de la corticothérapie et d'apparition variable dans le temps.

KIRSCHNER et PALMER, sur 94 malades améliorés par A.C.T.H. ont observé 68 rechutes et six sur neuf malades transformés par la cortisone.

Pour éviter ces rechutes, de petites doses, en traitements très prolongés et discontinus semblent sans inconvénient et d'un effet favorable (six milligrammes de deltacortisone, quatre jours par semaine).

Les indications de la corticothérapie doivent être murement pesées et il ne faut la réserver aux formes bénignes qu'après échec de toutes les autres thérapeutiques.

Si tous ces traitements ont échoué, il faut recourir aussi aux traitements de choc : les injections intra-veineuses de Dmelcos, la poussée dans les cas favorables, régresse généralement après le sixième ou le septième choc.

- Parallèlement, se poursuivent des recherches thérapeutiques non sanglantes, basées sur des conceptions pathogéniques variées : les plus étudiées au cours des dernières années reposent sur la nature allergique de certaines recto-colites :

DUBARRY, SARLES et ROBERT admettent, à côté des facteurs psychiques, endocriniens et microbiens, l'intervention d'un élément allergique dans le déclenchement et l'entretien d'une maladie : utilisant les

techniques de l'enquête allerge-logique classique, ils soulignent le rôle assez fréquent de certains allergènes, malheureusement bien communs dans l'alimentation normale (puisqu'il s'agit de blé, du lait, des pommes de terre et des bananes) et émettent l'hypothèse que la surinfection par des entéro-bactériacées banales, puisse aggraver ou prolonger la maladie par un phénomène d'auto-sensibilisation du sujet à sa propre flore colique.

Mais, il est certain que l'affection ne relève pas toujours du même mécanisme, et que les traitements désensibilisants proposés par ces auteurs ne sauraient résoudre le problème du traitement de l'ensemble des recto-colites hémorragiques.

Aussi, les indications de tels traitements non sanglants sont difficiles à porter ; on conçoit le dilemme entre l'abstention sous traitement médical avec son risque de perforation mortelle, et l'intervention effectuée dans des conditions parfois dramatiques, chez des malades infectés et anémiés, mais n'ayant peut-être pas épuisé toutes les chances d'une rémission spontanée.

Dans les formes graves, des décisions capitales sont donc à prendre :

- on persévèrera dans le traitement médical au risque de perdre le malade,
- ou avoir recours à un traitement chirurgical mutilant qui peut le sauver, au prix d'une infirmité sévère.

Schématiquement, avec HILLEMAND, nous envisagerons deux cas :

- celui des recto-colites suraiguës ou aiguës résistant au traitement,
- celui des recto-colites chroniques,
tout en sachant que tous les intermédiaires ou le passage de l'une à l'autre sont possibles.

CHAPITRE III

--

TRAITEMENTS PROPOSES POUR LES FORMES SURAIGUES OU AIGUES RESISTANT AUX THERAPEUTIQUES HABITUELLES

--

Les formes fulminans ne doivent pas être considérées d'emblée comme rebelles au traitement médical et être opérées systématiquement, mis à part les cas assez rares de perforations intestinales.

Tout le problème est de savoir quand doit changer l'orientation thérapeutique.

Il faut d'abord être certain que le traitement médical préalable a été suffisant et bien conduit associant une antibiothérapie ou une sulfamidothérapie administrée en fonction de l'antibiogramme avec une corticothérapie correcte prolongée, à doses suffisantes, associant, par exemple, la voie orale ou intramusculaire et les lavements et une réanimation suffisante comportant l'apport calorique nécessaire, la correction de l'anémie et des troubles protidiques et électrolytiques ; la surveillance de la formule sanguine, du rapport sérine /globuline, du taux des électrolytes sanguins et de l'hé-

matocrite est nécessaire pour adapter aux besoins les perfusions sanguines, globulaire ou plasmatique, les solutions protéiques, les perfusions de sels de sodium ou de potassium.

C'est finalement sur un ensemble de signes cliniques et biologiques que, dans chaque cas particulier, la décision sera prise en tenant compte de l'évolution ; des poussées de plus en plus sévères et rapprochées, une évolution d'emblée fulminante inciteront particulièrement à l'intervention.

deux possibilités s'offrent alors :

- l'électro-coagulation pré-frontale,
- la recto-colectomie.

I - L'électro-coagulation pré-frontale

L'importante revue générale de KIRSNER et la monographie de CATTAN, CARASSO et BUCAILLE (Flammarion 1959) sont à côté d'une excellente mise au point sur les différentes thérapeutiques de la recto-colite hémorragique, surtout un plaidoyer pour l'électro-coagulation pré-frontale en limitant d'ailleurs les indications aux cas gravissimes.

Il n'est pas de notre propos d'entrer dans les considérations étiopathogéniques de ce traitement, qu'il nous suffise de savoir qu'il donne parfois d'excellents résultats.

L'observation que nous avons citée au début de ce bref exposé permet en quelque sorte de situer la place de l'électro-coagulation pré-frontale dans le traitement d'une recto-colite hémorragique grave. En effet,

sans même qu'on attende de cette intervention une guérison définitive - alors que se trouve dépassé le stade où la colectomie est possible et que l'iléostomie elle-même paraît devoir donner des résultats bien aléatoires, elle peut rendre le service inappréciable d'entraîner la régression de la poussée avec le retour à un bon état général et permet par la suite de recourir assez tôt à une colectomie, en cas de rechute de cette recto-colite dont le passé laisse alors facilement prévoir l'évolution.

II - Car plus souvent c'est à une :

cure chirurgicale sur place,

que l'on a recours.

Cette dernière comporte en règle deux types d'intervention :

a) Les unes visent à dériver le transit intestinal et à diminuer la distension colique.

La caecostomie paraît alors plus logique parce que plus directe et plus simple.

KLEIN a obtenu de beaux succès par cette méthode peu choquante. Elle permet, en principe, d'attendre la fin de l'orage pour entreprendre une colectomie dans des circonstances moins favorables.

On peut lui reprocher de laisser le côlon altéré et distendu, donc de laisser évoluer l'affection.

En effet, la dérivation des matières n'est pas toujours suffisante pour atténuer les phénomènes inflammatoires, diminuer la dis-

tension colique et par là prévoir les perforations.

b) De même, l'iléostomie de sauvetage n'apporte qu'une amélioration transitoire et ajoute ses désordres métaboliques propres à ceux de la maladie elle-même ; elle est donc en fait, grevée d'une lourde mortalité.

c) La rectocollectomie est donc préférable ; pratiquée aussi large que possible, elle est alors la seule chance.

Mais, une réanimation parfaite doit précéder une telle intervention. Certes, celle-ci, faite chez des patients profondément atteints, dénutris, anémiés, infectés, intoxiqués, est grave.

Elle exige une technique parfaite, une collaboration intime du chirurgien et du réanimateur.

En des mains exercées, sa mortalité ne dépasse pas six à sept pour cent.

° °

Il semble donc que dans les formes suraiguës d'emblée, et dans les formes aiguës résistant au traitement médical, il faille recourir de préférence à l'électro-coagulation.

Nous avons vu, dans l'observation précitée, le Professeur GOUAZE de Tours, lui préférer quelque temps les infiltrations pré-frontales de procaine.

Cette méthode a été bien discutée et autant commencer de suite dans ces cas désespérés par l'électro-coagulation puisque de toute façon on finira par y venir.

-:-

CHAPITRE IV

-:-

TRAITEMENTS PROPOSÉS POUR LES FORMES GRAVES CHRONIQUES

-:-

I - Dans les rectocolites graves, invétérées, chroniques, avec importantes modifications du métabolisme, avec lésions graves, du gros intestin, avec sténose, avec pseudo-polypes, le problème se pose différemment.

Certes, une électro-coagulation doit être tentée. Elle a peu de chance de guérir le malade, mais dans quelques cas, elle peut l'améliorer.

Faut-il dans ces cas envisager la recto-colectomie ?

Si l'impression d'une évolution progressive vers l'aggravation s'affirme, il faut avoir recours à la recto-colectomie, seule capable de sauver le sujet, quels que soient son âge, son sexe.

Si la recto-colite semble ne pas évoluer, le malade n'en reste pas moins un infirme avec ses selles multiples.

L'intervention doit lui être proposée. Elle sera précédée par une préparation psy-

chologique, par la mise en contact avec d'autres recto-colectomisés, et suivie par une réadaptation sociale.

II - Mais, tout le problème, là encore, réside dans le diagnostic de forme grave invétérée, chronique.

a) Certes, il est des cas où la rectocolite évolue directement, désespérément, d'une seule tenue sans aucune modification par la thérapeutique :

c'est surtout dans ces formes que l'on assiste peu à peu à l'évolution des lésions irréversibles : pseudo-polypes, sténoses. Dans ces formes a été observée la cancérisation considérée comme relativement fréquente par les auteurs anglo-saxons (20 à 30 pour cent) et qui semble beaucoup plus rare chez nous.

Dans ces cas l'intervention, toute mutilante qu'elle soit s'impose.

b) Il est également des formes à rechutes, graves par leur répétition, et insensibles à toute thérapeutique évoluant vers une véritable "chronicité des rechutes".

Ces poussées évolutives sont de durée variable ; elles persistent quelques jours, quelques semaines, quelques mois, leur intensité n'est pas toujours la même chez le même malade. Elles peuvent être graves d'emblée, s'accompagnant d'émissions fréquentes de selles (dix à vingt par jour, parfois davantage). Ces rechutes peuvent se répéter pendant plusieurs mois, plusieurs années ; elles peuvent être aussi plus courtes, ne durer que quelques semaines ; la répétition

des poussées est parfois rythmée, annuelle ou saisonnière mais très souvent elles se reproduisent d'une façon tout à fait irrégulière et imprévisible.

Chez la femme les accidents de la vie génitale, l'établissement des règles, la ménopause peuvent être des facteurs déclenchants ou aggravants de la maladie, mais, cela est loin d'être la règle.

Mais, ce qui confère leur gravité, c'est leur répétition désespérante.

Tout doit être tenté cependant avant d'envisager la recto-colectomie.

c) A ce sujet, il convient de mentionner la possibilité non rare de fausses récidives qui, elles, cèdent à la thérapeutique médicale et sont plutôt le fait de surinfection.

Elles se traduisent par un syndrome dysentérique avec selles nombreuses, de nombreux faux besoins qui rappellent à première vue la symptomatologie de la rectocolite hémorragique.

Mais, le caractère essentiel de ces fausses récidives, celui qui permet d'être affirmatif et d'éliminer d'une façon certaine une poussée évolutive de la rectocolite hémorragique, c'est l'évolution de cet accident. En effet, il s'agit d'une poussée de très courte durée, cédant d'une façon remarquablement rapide à la thérapeutique anti-infectieuse. Sous l'influence d'un traitement par les sulfamides ou par les antibiotiques adéquats révélés par l'antibiogramme, le syndrome dysentérique disparaît en quelques

jours.

Aussi avant de parler de traitement chirurgical des formes que l'on croit chroniques, notamment d'après une succession désespérante de poussées évolutives, il convient avant tout de faire une thérapeutique médicale d'épreuve.

Ce bilan chirurgical est trop lourd pour être tenté à la légère.

-:-

CHAPITRE V

-:-

TRAITEMENTS DES FORMES COMPLIQUEES

-:-

La liste des complications de la rectocolite hémorragique est fort longue et certaines bien connues qui constituent un élément évolutif habituel, ne méritent que d'être citées.

C'est ainsi ue :

- Les rétrécissements sont observés dans les formes prolongées avec une certaine fréquence ;
- Les fistules sont loin d'être exceptionnelles, traduisant une perforation d'un abcès qui peut s'ouvrir dans la vessie, dans le vagin ou même à la peau ;
- L'atteinte hépatique, l'atteinte rénale s'observent fréquemment dans les formes graves ;
- Un état septicémique peut compliquer les formes suraiguës et les formes chroniques au cours des poussées hautement fébriles et accompagnées d'une suppuration abondante ;
- Des manifestations cutané-muqueuses variées sont également possibles ;

- L'amylose rénale a été signalée.

A chacune un traitement symptomatique local s'impose en plus de la thérapeutique préconisée pour la lésion causale.

Quatre catégories de complications sont particulièrement à noter cependant, car leur traitement entraîne directement des modifications de la thérapeutique causale.

Ainsi :

- les manifestations articulaires,
- les perforations,
- la cancérisation,
- la dilatation du côlon.

I - Traitement des manifestations articulaires :

L'étiopathogénie de ces manifestations conditionne directement leur thérapeutique.

Pour certains il pourrait s'agir d'une surinfection, mais le liquide articulaire reste toujours stérile de même d'ailleurs qu'au cours des rhumatismes gonococciques ou dysentériques ; d'autre part, il est curieux dans cette hypothèse de voir les manifestations articulaires précéder parfois les accidents intestinaux et être sensibles aux thérapeutiques anti-infectieuses.

Pour d'autres, il pourrait s'agir de phénomènes allergiques secondaires aux toxines des germes de surinfection, hypothèse soulevée par CATTAN et ROBERTI, qui se basaient sur le fait que chez ces sujets infectés les réactions cutanées et focales, après injections intradermiques d'antigènes microbiens, étaient d'une

extrême violence.

Quoi qu'il en soit ces manifestations évoluent comme la recto-colite hémorragique avec un parallélisme frappant et sont sensibles aux mêmes thérapeutiques qu'elle.

II - Traitement des perforations

Habituellement, les perforations se font en péritoine cloisonné ou dans le tissu cellulaire péri-rectal ; leur possibilité implique la plus grande douceur lors de l'examen recto-scopique de ces malades dans de tels cas ; les abcès qui en résultent réalisent généralement des fistules, nous l'avons vu ; celles-ci tout comme la perforation causale, évoluent généralement à bas bruit et sont des découvertes radiologiques.

Parfois les perforations se font en péritoine libre et leur pronostic est particulièrement sévère ; en effet, elles surviennent chez les malades infectés, dénutris et particulièrement dans les formes aiguës ou compliquées de sténose. Tous ces éléments expliquent leur symptomatologie souvent atténuée, camouflée par les signes préexistants et un éventuel traitement antibiotique. Même si, après un diagnostic précoce, l'intervention est décidée relativement tôt, leur pronostic reste extrêmement sévère chez de tels malades.

De toute façon l'intervention chirurgicale est la seule attitude possible suivie d'une colectomie. De telles complications doivent d'ailleurs faire réfléchir avant de prescrire une corticothérapie à l'affection causale, corticothérapie qui peut souvent être à l'origine de la perforation.

III - Traitement de la cancérisation

Tous les auteurs français s'accordent à insister sur son caractère exceptionnel : 0,5 pour cent pour RACHET et BRISSON, 0,75 pour cent pour CATTAN. Nous-même n'en avons observé que trois cas, dont un après trente années d'évolution . .

Par contre, pour les auteurs anglo-saxons, ce serait une complication relativement fréquente. CATTELL notait une incidence générale de 7 pour cent et de 30 pour cent lorsque la maladie durait depuis plus de 9 ans.

De toute façon, après 9 ans, il est bien rare que l'on ne soit amené à intervenir sur la lésion causale qui, si elle se cancérise a pris l'aspect d'une désespérante chronicité. La rectocoléctomie large s'impose à moins que l'état du malade ne puisse l'autoriser.

IV - Traitement de la dilation colique

Anatomiquement cette dilatation est sans rapport avec une obstruction en aval. LUMB et ses collaborateurs insistent sur la minceur de la paroi colique et la fréquence de la perforation évidente ou bouchée ; ils ont également noté la destruction intense et aiguë de la muqueuse et parfois de la musculature. LOYGUE rapporte également que les lésions destructrices sont particulièrement intenses. Par contre, dans l'observation d'ARNOUS, la paroi colique était épaissie et cartonnée.

La pathogénie de ces colectasies est d'ailleurs discutée ; et il n'est pas de notre propos d'en soulever les différentes hypothèses.

Certaines de ces colectasies cèdent au traitement médical de la rectocolique hémorragique (anti-infectieux et cortisone) mais, si ce dernier n'agit que très rapidement, dans un laps de temps plus court que celui accordé à la thérapeutique d'épreuve de la lésion primitive, l'intervention chirurgicale s'impose. Mais il s'agit de malades particulièrement fragiles pour lesquels le risque opératoire est grand et chez lesquels la dilatation de ce côlon fragile complique les difficultés d'exérèse. Aussi, en l'absence de perforation, toujours possible, sur ces côlons distendus, la caecostomie moins choquante que la colectomie peut être tentée, permettant, devant un malade particulièrement choqué, d'attendre à moindre risque une amélioration permettant d'envisager plus favorablement une colectomie secondaire.

CONCLUSIONS

-:-

Tout récemment, au dernier Congrès des Sociétés Européennes et Méditerranéennes de Gastro-entérologie qui eut lieu à Leyde en mai 1960, une table ronde était réservée à la recto-colite hémorragique. Aucun auteur ne put s'accorder avec les autres pour préconiser telle ou telle thérapeutique de préférence à une autre, chacun avait ses statistiques et ses médications propres. Et certainement, tous avaient raison. Mais on peut en conclure à la difficulté du problème thérapeutique de cette affection.

A propos d'un cas de recto-colite hémorragique traité avec un succès relatif par électro-coagulation préfrontale, nous avons essayé de dégager les principales thérapeutiques préconisées.

En règle générale, il semble qu'il faille avec CATTAN être le moins interventionniste possible, surtout si l'on tient compte des immenses délabrements qu'entraîne une intervention chez ces malades déjà considérablement affaiblis.

Nous avons vu que les thérapeutiques médicales préconisées étaient d'abord anti-infectieuses et ensuite à base de corticoïdes. Elles doivent, avant tout être tentées d'au-

tant plus qu'elles donnent dans de nombreux cas de remarquables succès.

Mais, dans les cas graves, d'emblée, ou résistants, dans certaines formes chroniques à l'évolution désespérante et lors de complications gravissimes, il semble que l'on ne puisse se passer de la chirurgie. Par exemple, lorsqu'il existe un rétrécissement du côlon, peut-être aussi dans les cas de dilatation aiguë du côlon (encore qu'une thérapeutique à visée neurologique semble plus indiquée) en cas de perforation, bien entendu, ou lorsque l'anus est transformé en un clapier purulent irrécupérable. Il faut envisager une colectomie ou même une rectocoliectomie.

Cependant, si l'on considère qu'une altération importante de l'état général, qu'une baisse catastrophique de la protidémie, que l'existence d'une suppuration profuse, etc.. constituent souvent un facteur aggravant, il vaut mieux dans la plupart des cas avoir recours avant d'envisager une intervention in loco à une électro-coagulation préfrontale suivie d'une thérapeutique appropriée. Nous avons vu lors de l'observation précitée qu'on peut raisonnablement en attendre beaucoup.

Quant à l'argument qui consiste à dire que la colectomie est indispensable à cause de la greffe possible d'un épithélioma sur la muqueuse altérée, il peut être rejeté catégoriquement parce que cette transformation en France, du moins, est étonnamment rare.

Une surveillance radiologique régulière des malades peut, à meilleur compte, pallier ce danger.

Mais, là encore toute décision doit être directement fonction du malade et de son médecin. Beaucoup de progrès sont encore à faire avant de définir une thérapeutique absolue valable pour toute recto-colite hémorragique.

--

Vu :
Le Président :
Signé : SICARD

Vu :
Le Doyen :
Signé : BINET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

- 1 - J. ARNOUS, E. PARNAUD, et J. FENEON
Une complication évolutive grave
de la recto-colite hémorragique :
la colectasie
A.M.A.D. Mars 1961 50 - 3 - 155
- 2 - BERTRAND
A.M.A.D. 46 - 243.
- 3 - BUCAILLE
Electro-coagulation du cerveau pré-
frontal pour le traitement des ul-
cères gastriques et duodénaux et
des recto-colites hémorragiques re-
belles.
Concours médical n° 17 , 27 avril
1957
- 4 - R. CATTAN
La surinfection dans la rectocolite
hémorragique . Déductionsthérapeu-
tiques
Rev. du Praticien 21 Avril 1961

- 5 - R. CATTAN, R. SOUPAULT et coll.
Indications et résultats de l'électro-coagulation pré-frontale dans la recto-colite hémorragique.
Congrès national des Sciences Méd.
Bucarest, 5-14 Mai 1957
- 6 - R. CATTAN, R. SOUPAULT et coll.
Les indications chirurgicales dans la recto-colite hémorragique et plus spécialement celles de l'électro-coagulation préfrontale.
Gastro-entérologie, Londres, 18-21 Juillet 1956
- 7 - R. CATTAN, CARASSO, FRUMUSAN et NATAF, SOUPAULT et BUCAILLE
Indications et résultats des interventions pré-frontales dans les recto-colites ulcéro-hémorragiques
Sem. Hop. Paris 10 Février 1957
33 N° 9 608- 621
- 8 - P. CATTAN, R. CARASSO, M. BUCAILLE
La recto-colite hémorragique et purulente
1 volume Flammarion édit.
- 9 - Ch. DARNAUD, DENARD Y. et coll.
Opération de Bucaille dans un cas désespéré de recto-colite hémorragique
Arch. Mal. App. Dig. Décembre 1959
48 N° 12 1754-1757
- 10- DUBARRY
A.M.A.D. 48 - 897

11 - GAUTIER

L'électro-coagulation préfrontale
dans le traitement de la recto-co-
lite hémorragique

Rev. Méd. de Tours Novembre 1961

12 - J. GARREL

Les fausses récidives dans la rec-
to-colite hémorragique

Thèse Paris 1959

13 - P. HILLEMAND, A. BENSAUDE, P. ROUX, J.
EMERIT

Comment envisager le problème de la
recto-colite hémorragique purulente
et ulcéreuse. Quelques données à
propos de la recto-colite hémorra-
gique

Sem. des Hôp. 26 Nov. 1961

14 - HILLEMAND P., P. ROUX

Complications de la recto-colite
hémorragique

Sem. des Hôpitaux 66 p. 3422

15 - P. HILLEMAND, VIGUIE et coll.

Recto-colite hémorragique et sec-
tion des fibres thalamo-corticales

R. M. Soc. Méd. Hôp. Paris 1955

71 N° 29-36-31 1225-1232

16 - P. HILLEMAND, R. VIGUIE et J. NALLET

A propos du traitement de la recto-
colite hémorragique par l'électro-
coagulation des fibres thalamo-
corticales

R.M. Soc. Méd. Hôp. Paris 24 Jan-
vier 1958 74 N° 3 et 5 109-110

- 17 - KIRSNER
J.A.M.A. 169 N° 5
- 18 - LAMBLING
Semaine des Hôpitaux de Paris 32
953
- 19 - LEVRAT et GRANDMOTTET
Gros Intestin
Gazette Médicale N° Spécial
Revue Lyonnaise Médicale 1960
1227
- 20 - LOYGUE
A.M.A.D. 50 - 163
- 21 - ROBERTI
A.M.A.D. 49 - 1260
- 22 - SARLES
A.M.A.D. 48 - 707
- 23 - M. SOULIER, J. LOYGUE
La dilatation du côlon au cours de
la rectocolite ulcéro-hémorragique
Presse Médicale 25 Décembre 1961
- 24 - R. SOUPAULT, R. CATTAN et M. BUCAILLE
L'électro-coagulation du cerveau
préfrontal dans le traitement de la
recto-colite hémorragique
Mem. Acad. Chir. 31 Octobre 1956
82 N° 27-28 855-861

TABLE DES MATIERES

-:-

	pages
Avant-Propos	19
Chapitre I - Exemple : une observation relatant une thérapeutique par "solution extrême"	21
Chapitre II - Traitements proposés pour les formes classiques	31
Chapitre III - Traitements proposés pour les formes suraiguës ou aiguës résistant aux thérapeutiques habituelles	39
Chapitre IV - Traitements proposés pour les formes chroniques	45
Chapitre V - Traitements des formes compliquées	49
Conclusions	55
Bibliographie	59

